

00	00000	PROPOSTA DE ADMISSÃO PLANO DE SAÚDE - HOSPITALAR				ANS - N° 30214-7	
NOME DO PROPONENTE (NÃO ABREVIAR)							
NASCIMENTO	RG	ÓRG. EMIS./UF	CPF			PIS	
SEXO	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO/ATIVIDADE				TELEFONE	
ENDEREÇO RESIDENCIAL						CELULAR	
BAIRRO	CIDADE			UF	CEP		
NOME DA MÃE (NÃO ABREVIAR)							
NOME DO RESPONSÁVEL (NÃO ABREVIAR)						GRAU DE PARENTESCO	
RG	ÓRG.EMIS./UF	CPF		TELEFONE			
E-MAIL							
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA							
BAIRRO			CIDADE			UF	CEP
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)					MATRÍCULA		
APÓS OS ESCLARECIMENTOS A RESPEITO DE CADA UM DOS PLANOS DE SAÚDE ABAIXO, OPTEI POR:							
<input type="checkbox"/> PREVENT SENIOR 1000 ENFERMARIA (ANS 484.053/19-4)							
<input type="checkbox"/> PREVENT SENIOR 1000 APARTAMENTO (ANS 484.055/19-1)							
<input type="checkbox"/> REDUÇÃO DE CARÊNCIA <input type="checkbox"/> PORTABILIDADE (ASSINALE SOMENTE EM CASO DE SOLICITAÇÃO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA/PORTABILIDADE)							
NOME DO CORRETOR				NR.		R.G.	
Tabela de vencimentos bancários	Data de assinatura do contrato	De 01 a 05	De 06 a 10	De 11 a 15	De 16 a 20	De 21 a 25	De 26 a 31
	Vencimento da mensalidade	Dia 05	Dia 10	Dia 15	Dia 20	Dia 25	Dia 30
<b>TERMO DE OPÇÃO</b>							
DECLARO TER CONHECIMENTO DO INTERNO TEOR DAS CONDIÇÕES DO PLANO DE SAÚDE, OBJETO DESTA PROPOSTA, BEM COMO DE QUE SUA ANÁLISE E PROCESSAMENTO OBEDECERÃO AO PRAZO MÁXIMO DE SETE DIAS ÚTEIS DA DATA DE ASSINATURA. TENHO CIÊNCIA DE QUE A DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA DEVERÁ SER OBSERVADA PARA CONTAGEM DAS CARÊNCIAS ESTABELECIDAS NESTE CONTRATO, CELEBRADO COM A <b>PREVENT SENIOR PRIVATE OPERADORA DE SAÚDE LTDA.</b> , OPERADORA DEVIDAMENTE REGISTRADA JUNTO À ANS SOB O <b>N° 30.214-7</b> .							
LOCAL		DATA		ASSINATURA DO PROPONENTE OU RESPONSÁVEL			
<b>RECIBO</b>							
RECEBEMOS A IMPORTÂNCIA DE _____							
_____, CORRESPONDENTE À PRIMEIRA PARCELA DO PLANO DE SAÚDE PREVENT SENIOR, OBJETO DESTA PROPOSTA.							
_____ <b>ASSINATURA DO CORRETOR</b>							

00

000000



### CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado (a) beneficiário (a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, que tem como missão defender o interesse público, vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

#### O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para seu preenchimento, o beneficiário tem direito a ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela Operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problemas de saúde sobre o qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

#### AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade (PAC) - tomografia, ressonância, etc. \* - **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declaradas, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integrada de acordo com o plano contratado.
- **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas em contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da Operadora para esta doença ou lesão.

#### O QUE ACONTECE AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO?

- A Operadora poderá suspeitar de omissão de informações e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informações pelo beneficiário, a Operadora poderá **RESCINDIR** o contrato por **FRAUDE** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes à doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, **NÃO** poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

**ATENÇÃO!** Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura do contrato. Cobertura Parcial Temporária (CPT) **NÃO** é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

\* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade (PAC), acesse o ROL de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário**.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário**.

Beneficiário:

Intermediário entre a Operadora e o beneficiário:

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nome:

Nome:

CPF:

CPF:

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

<b>SISTEMA NEUROLÓGICO</b>		Se sim, essa condição/doença apareceu ou se manteve nos últimos 3 meses?
1. Demência	( ) Não ( ) Sim	( ) Não ( ) Sim
2. Algumas das doenças neuromusculares citadas: Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA); Miastenia Gravis; Esclerose Múltipla	( ) Não ( ) Sim	( ) Não ( ) Sim
3. Doença de Parkinson	( ) Não ( ) Sim	( ) Não ( ) Sim
4. Acidente Vascular Cerebral (Derrame)	( ) Não ( ) Sim	( ) Não ( ) Sim
<b>SISTEMA MENTAL</b>		Se sim, essa condição/doença apareceu ou se manteve nos últimos 3 meses?
1. Esquizofrenia	( ) Não ( ) Sim	( ) Não ( ) Sim
2. Transtorno Bipolar	( ) Não ( ) Sim	( ) Não ( ) Sim
<b>SISTEMA ENDÓCRINO</b>		Se sim, essa condição/doença apareceu ou se manteve nos últimos 3 meses?
1. Diabetes Mellitus Tipo I	( ) Não ( ) Sim	( ) Não ( ) Sim
2. Doenças glandulares e/ou distúrbios hormonais	( ) Não ( ) Sim	( ) Não ( ) Sim
3. Obesidade Mórbida	( ) Não ( ) Sim	( ) Não ( ) Sim
<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>		Se sim, essa condição/doença apareceu ou se manteve nos últimos 3 meses?
1. Problemas graves do coração como doenças nas artérias, veias ou das válvulas; "coração grande"; arritmias	( ) Não ( ) Sim	( ) Não ( ) Sim
2. Doença cardíaca que limita suas atividades cotidianas	( ) Não ( ) Sim	( ) Não ( ) Sim
3. Uso de marca-passo ou cardiodesfibrilador implantável (CDI)	( ) Não ( ) Sim	( ) Não ( ) Sim
<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>		Se sim, essa condição/doença apareceu ou se manteve nos últimos 3 meses?
1. Fibrose Cística	( ) Não ( ) Sim	( ) Não ( ) Sim
<b>SISTEMA DIGESTÓRIO</b>		Se sim, essa condição/doença apareceu ou se manteve nos últimos 3 meses?
1. Cirose Hepática	( ) Não ( ) Sim	( ) Não ( ) Sim
2. Doenças inflamatórias intestinais, como Doença de Crohn ou Retocolite Ulcerativa	( ) Não ( ) Sim	( ) Não ( ) Sim
3. Hepatites	( ) Não ( ) Sim	( ) Não ( ) Sim
<b>SISTEMA RENAL</b>		Se sim, essa condição/doença apareceu ou se manteve nos últimos 3 meses?
1. Doença renal com necessidade de realizar diálise	( ) Não ( ) Sim	( ) Não ( ) Sim
2. Doença renal crônica	( ) Não ( ) Sim	( ) Não ( ) Sim
<b>SISTEMA REUMATOLÓGICO</b>		Se sim, essa condição/doença apareceu ou se manteve nos últimos 3 meses?
1. Acometimento de outros órgãos causado por doença reumatológica	( ) Não ( ) Sim	( ) Não ( ) Sim
<b>SISTEMA IMUNOLÓGICO</b>		Se sim, essa condição/doença apareceu ou se manteve nos últimos 3 meses?
1. HIV	( ) Não ( ) Sim	( ) Não ( ) Sim
<b>SISTEMA ONCOLÓGICO</b>		Se sim, essa condição/doença apareceu ou se manteve nos últimos 3 meses?
1. Sofre ou sofreu de problemas de Câncer, tumor de qualquer natureza, Leucemia ou Anemia?	( ) Não ( ) Sim	( ) Não ( ) Sim

<b>SISTEMA GESTACIONAL</b>		Se sim, essa condição/doença apareceu ou se manteve nos últimos 3 meses?
1. Proponente em período gestacional? ( ) Não ( ) Sim		( ) Não ( ) Sim
<b>SISTEMA OSTEO-MUSCULAR</b>		Se sim, essa condição/doença apareceu ou se manteve nos últimos 3 meses?
1. Sofre ou sofreu de problemas ortopédicos como Artrose, Osteoporose, Hérnia de Disco, fratura, etc.? ( ) Não ( ) Sim		( ) Não ( ) Sim
<b>SISTEMA ANTECEDENTE CIRÚRGICO/CLÍNICO</b>		Se sim, essa condição/doença apareceu ou se manteve nos últimos 3 meses?
1. Já sofreu alguma internação clínica e/ou intervenção cirúrgica ou tem alguma cirurgia indicada? ( ) Não ( ) Sim		( ) Não ( ) Sim
<b>SISTEMA OFTAMOLÓGICO</b>		Se sim, essa condição/doença apareceu ou se manteve nos últimos 3 meses?
1. Sofre ou sofreu doenças oftalmológicas como redução de visão, Catarata ou Glaucoma? ( ) Não ( ) Sim		( ) Não ( ) Sim

Utilize as linhas abaixo para informar sobre outras doenças do seu conhecimento (informe datas, tratamento, sinais e tudo o que mais que julgar ser importante para avaliação médica).

**Condições do preenchimento da Declaração de Saúde**

- Declaro que fui orientado por médico credenciado pela Prevent Senior, sem custo algum.
- Declaro que fui orientado por médico particular, arcando com os custos correspondentes.
- Declaro que não utilizei um médico orientador para a entrevista qualificada por considerar que tenho conhecimento suficiente para responder às perguntas, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas.

Local e data

Assinatura do proponente ou responsável

Assinatura do médico e CRM

00

000000



**TERMO DE OPÇÃO POR CPT**

Declaro para os devidos fins que preenchi a Declaração de Saúde e que estou ciente os termos do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, que prevê a denúncia do contrato por violação do princípio da boa-fé. A omissão de condição sabida de doença ou lesão preexistente está sujeita à suspeita ou denúncia do contrato, conforme o disposto do artigo 13, inciso II, parágrafo único da Lei 9.656/98;

Do conhecimento da existência e disponibilidade do plano Prevent Senior Safira, acomodação enfermagem, que corresponde ao plano referência, que trata o artigo 10º da Lei 9.656/98 e que o mesmo foi oferecido, tendo eu optado pela contratação do plano assinalado na presente proposta.

Que estou de acordo com as condições gerais do contrato, inclusive quanto aos prazos de carência constantes da cláusula décima segunda das condições gerais;

Que tenho ciência de que as informações que prestei na Declaração de Saúde poderão levar a CONTRATADA a solicitar esclarecimentos quanto a doenças preexistentes para acolher a proposta com restrição de cobertura (CPT), segundo minha opção;

E, finalmente, que, ao preencher a proposta do contrato de assistência médica, recebi as respectivas condições gerais do contrato, que foram lidas, entendidas e por mim aceitas em todos os termos, fazendo parte integrante do presente.

---

Local e data

Assinatura do proponente ou responsável

Assinatura do corretor

**TERMOS DE OPÇÃO (SOMENTE NOS CASOS DE DOENÇAS PREEXISTENTES)**

Em vista das respostas afirmativas da Declaração de Saúde sobre moléstias preexistentes, e em atenção ao disposto no artigo 4º da resolução CONSU 2, de 03/11/98, eu, PROPONENTE, decidi optar por:

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), que é a suspensão pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses da cobertura para as moléstias preexistentes informadas na Declaração de Saúde, dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

---

Assinatura de proponente ou responsável

**RECIBO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS**

Declaro haver recebido, nesta data, os documentos referidos na cláusula 21.2, página 22, do presente contrato.

---

Assinatura de proponente ou responsável

00

000000

ADITIVO



Atenta aos anseios daqueles que desejam contratar um plano de saúde e se preocupam com os reajustes de mensalidades em razão da mudança de faixa etária, a Prevent Senior, em caráter experimental e temporário, decidiu atender às expectativas dos novos usuários.

Para os contratos celebrados até 31/12/2019, fica concedida a garantia de não reajuste da mensalidade a partir dos 50 anos, decorrente de mudança de faixa etária, referido na cláusula 18.1 do contrato.

Ademais, para contratos firmados nas condições acima, ficam isentas, por liberalidade, carências contratuais de 30 (trinta) dias para atendimento em consultar ambulatoriais eletivas. A cobertura para esse atendimento será a partir de 24 horas após a adesão ao produto da operadora.

**Afinal, tranquilidade também faz muito bem à saúde.**

---

ASSINATURA E DATA

---

Nome do(a) beneficiário(a) ou responsável

---

Nome do intermediário entre Operadora e beneficiário (a)

---

Assinatura do(a) beneficiário(a) ou responsável

---

Assinatura do intermediário entre Operadora e beneficiário(a)

---

CPF do intermediário entre Operadora e beneficiário(a)

Serviço de Atendimento ao Cliente  
0800 773 8368 / 3003 8368

Serviço de Atendimento ao Cliente para  
Deficientes Auditivos  
0800 770 0110

[www.preventsenior.com.br](http://www.preventsenior.com.br)